AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS

Por la presente autorizo el uso o la divulgación de mi información de salud individualmente identificable, según se describe a continuación. Entiendo que esta autorización es voluntaria. Entiendo que si la organización autorizada para recibir la información no es un plan de salud ni un proveedor de atención médica, la información divulgada puede dejar de estar protegida por las regulaciones federales de privacidad. Este formulario debe completarse en su totalidad.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre: _____ Número de Seguro Social: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

PROVEEDOR MÉDICO QUE DIVULGA LOS REGISTROS: PERSONAS/ORGANIZACIÓN QUE RECIBEN LOS EGISTROS:

_____ _____

_____ _____

_____ _____

_____ _____

¿Cuál es el propósito del uso o la divulgación? _____

Entiendo que esta autorización puede ser revocada por escrito en cualquier momento notificando a la organización que proporciona la información; sin embargo, dicha revocación no tendrá efecto sobre ninguna acción tomada antes de que se reciba la revocación. A menos que se revoque de otro modo, esta autorización expirará en la fecha que ocurra primero: 180 días a partir de la fecha de esta autorización o en la fecha indicada aquí: _____. Entiendo que mis registros están protegidos por las leyes estatales y federales. La información divulgada puede contener información relacionada con infecciones por VIH o SIDA; abuso de drogas o alcohol; atención de salud mental o conductual, u otra información médica. FRA y/o PRIDE no condicionarán el tratamiento ni el pago a la finalización de este formulario.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de imprenta: _____ Relación con el paciente: _____

Empresa de Gestión de Registros Médicos:
Lexa Records
99 Trophy Club Drive
Trophy Club, TX 76262
Teléfono: 817-421-4700 Fax: 817-421-4766
Correo electrónico: info@lexarecords.com